

# Nos Embates com a Morte, os Médicos não Estão Sozinhos'

## In the Struggles with Death, Doctors are not Alone

### Eliane Brígida Morais Falcão

Professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) no Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES).

Pesquisadora do Observatório da Laicidade do Estado da UFRJ.

Bolsista de produtividade do CNPq.

Endereço: Rua Marechal Ramon Castilha, n. 265, apt. 703, CEP 22290-175, Bairro Urca, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: elianebrigida@uol.com.br

I Financiamento: CNPq - Processo 482031/2009-3.

### Resumo

Diferentes pesquisas já identificaram dificuldades, entre médicos, de lidar com o morrer humano, mas tais dificuldades estariam associadas a formas mais amplas e coletivas de lidar com o tema. O presente estudo buscou explorar tal perspectiva investigando grupos fora do âmbito dos profissionais da saúde. Dois grupos, cariocas e mineiros, foram entrevistados sobre suas visões e atitudes em relação ao tema morte. Todos na faixa etária 50-60 anos, com nível superior de escolaridade e padrão socioeconômico e cultural semelhantes e sem atuação em áreas relacionadas à saúde. A pesquisa foi de natureza exploratória e a metodologia de análise foi a do discurso do sujeito coletivo - (DSC) que se baseia na teoria da representação social. Os resultados sugeriram diferenças locais e de gênero. Os mineiros incluíram laços familiares e de amizade como elementos da qualidade de vida. Entre as mulheres (cariocas e mineiras) houve referências frequentes a elementos familiares como pai, mãe, avó e tia. No conjunto, cariocas e mineiros expressaram um padrão geral: preferem não pensar na morte, escolhem pensar na qualidade de vida para envelhecer bem. Ainda que o falar sobre a velhice traga relevantes reflexões, a dificuldade do falar sobre a morte revelou-se também nesse deslocamento. Se os médicos se veem hoje Tateando caminhos para lidar com os limites da biomedicina, também os investigados encontram-se envolvidos com o uso de tais recursos no enfrentamento da morte. Uns e outros estão às voltas com as angústias que o tema favorece.

**Palavras-chave:** Crenças religiosas; Finitude humana; Médicos; Morte; Qualidade de vida, Envelhecimento.

## Abstract

Different works have identified doctors' difficulty in dealing with human death, but such difficulties would be associated with broader and more collective forms of handling this theme. This research aimed at exploring this perspective and investigated professionals who were not in the health area. Two groups, from the Brazilian States of Rio de Janeiro and Minas Gerais, were interviewed on their views and attitudes concerning the theme. All the interviewees were aged between 50 and 60 years, had similar socioeconomic, cultural and educational background (university degree) and none of them had worked in the health field. The research had an exploratory nature and used the Collective Subject Discourse - CSD, which is based on the theory of social representation, for the methodological analysis. The results indicated both local and gender differences. The group from Minas Gerais included family and friendship ties as elements of quality of life. Among women (from both States) there were frequent references to family elements such as father, mother, grandmother and aunt. On the whole, both groups expressed a general pattern: they prefer not to think about death, and they would rather think about quality of life in order to age well. Even though talking about aging brings in relevant reflections, the difficulty in talking about death was also revealed in this displacement. Both doctors and the investigated professionals are facing the anguish that is favored by the theme.

**Keywords:** Religious Beliefs; Human Finitude; Doctors; Death; Quality Of Life; Aging.

## Introdução

É grande o impacto que a proximidade da morte - fenômeno que estabelece claramente os limites da vida humana - traz ao exercício da medicina. Esse fato pode ser verificado em diferentes investigações, onde aparecem nitidamente expostas as dificuldades pungentes que médicos e estudantes de medicina têm ao lidar tanto com o morrer dos pacientes quanto com as famílias dos que estão morrendo (Kübler-Ross, 1998; Kovács, 2003; Falcão e Lino, 2004; Falcão e Bichara, 2009). Vê-se também, nesses estudos, que, na hora da morte, o espanto e a perplexidade parecem envolver todos os que participam desse momento, incluindo-se aí a família e o próprio paciente, que compartilham as angústias e desafios da situação vivida.

Há ampla bibliografia desenvolvida em torno das dificuldades dos seres humanos em lidar com suas doenças e perspectivas de finalização de suas vidas (Becker, 1976; Ariès, 1977; Morin, 1997; Elias, 2001; Rodrigues, 2006). Também muito já se disse sobre “a frieza atual dos médicos” e seus nem sempre adequados comportamentos diante dos pacientes à morte (Branco, 2003; Kovács, 2003). Elias (2001) chama a atenção para a dificuldade que a morte representa para os grupos humanos de todas as esferas da civilização atual:

[...] um dos problemas mais gerais de nossa época - nossa incapacidade de dar aos moribundos a ajuda e afeição de que mais que nunca precisam quando se despedem dos outros homens, exatamente porque a morte de outro é a lembrança de nossa própria morte [...] (p. 16-17).

Segundo essa perspectiva, no caso do morrer humano, um conjunto de pensamentos, sentimentos e valores dos diversos grupos estaria associado a formas mais amplas e coletivas de perceber o fenômeno, o que poderia ser identificado no estudo de diferentes grupos. O grupo médico seria um entre tantos outros que se defrontam com a questão.

Diante dessa referência, associada à constatação das dificuldades enfrentadas pelo grupo médico no embate com a morte, assinaladas em algumas das investigações acima mencionadas, gerou-se o interesse de realização de uma pesquisa sobre o tema com diversos grupos, para além daqueles ligados

à área da saúde. Buscar-se-ia, nesta pesquisa, o levantamento de dados específicos sobre a questão em grupos fora do âmbito de médicos ou outros profissionais da área da saúde.

Ao se conceber esta investigação, vislumbrou-se a possibilidade de, por um lado, encontrar-se um padrão semelhante do pensar a morte entre diferentes grupos. Mas, por outro lado, pensou-se também que particularidades locais e grupais poderiam ser identificadas já que os processos sociais são dinâmicos e influenciados por contingências de espaços mais delimitados. Imaginou-se que a investigação de grupos diversos poderia permitir a colheita de subsídios que possibilitariam abrir caminhos para uma compreensão mais segura de elementos influentes nas percepções e atitudes das pessoas diante da morte. Tendências poderiam ser detectadas no estudo. Assim, o conjunto dos resultados viria a contribuir para a compreensão das complexas situações vividas no ambiente médico-hospitalar no embate com a morte, o que complementaria as visões obtidas nas pesquisas já realizadas. Ressalte-se que o contexto médico, onde a morte pode acontecer, inclui obrigatoriamente pessoas que não pertencem à área da saúde – os pacientes e familiares, oriundos de diferentes grupos sociais.

Tudo isso justificaria a escolha de grupos que não fariam parte da área da saúde como objeto da pesquisa. Investigar percepções em relação à morte, para além daquelas partilhadas pelos experientes profissionais no testemunho do morrer humano, poderia oferecer oportunidade valiosa para a desejada compreensão do tema, que abarca uma complexa rede de situações que envolve atores os mais diversos. Semelhanças e diferenças encontradas poderiam ser elementos enriquecedores para a compreensão das dificuldades presentes em contextos médicos. Dito de outra forma, empreender uma pesquisa que propiciasse pensar sobre comportamentos apropriados diante daqueles próximos à morte ou com suas vidas em grave risco poderia suscitar uma compreensão mais ampla do que envolve, nesse aspecto, o conjunto da sociedade e não apenas aqueles da área da saúde, como os médicos. Investigar diferentes grupos em relação a um mesmo tema, ou objeto, sem dúvida, permite compreendê-lo à luz de um quadro cultural mais amplo que a todos afeta.

No Brasil, tradicionalmente, cariocas e mineiros são apontados como tipos que se diferenciam em vários aspectos. O carioca vive à beira do mar, em clima de verão por quase todo o ano. Suas roupas e comportamentos descontraídos, sua comunicação mais aberta contrastam com o que se caracteriza como o padrão do mineiro, envolvido pelas montanhas, em clima mais ameno, com maior formalidade no vestir e discrição nas atitudes. O Rio tem quase 500 anos; Belo Horizonte, 113. O Rio foi capital do Brasil e aproxima-se mais do que seria um ambiente cosmopolita, diferente de Belo Horizonte que, até pouco tempo, era considerada quase uma província interiorana. Não é difícil encontrar mineiros genuínos, mas não é tão fácil achar “cariocas da gema”. Ao Rio, chegam populações de diversos Estados e países, a cidade é um centro de turismo internacional, o que não acontece com Belo Horizonte. Tal contexto de diferenças expressivas repercutiria nas visões e atitudes de seus habitantes em relação à morte? Com indagações como esta, a pesquisa foi iniciada.

## A Pesquisa

Esta pesquisa foi efetivada em duas cidades, Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Aí foram entrevistados cerca de 30 sujeitos – metade constituída de homens e metade, de mulheres – para extrair deles o maior aprofundamento possível de suas visões em relação ao tema proposto.

A faixa etária dos entrevistados, entre 50 e 60 anos (três próximos aos 65 anos), foi escolhida por julgar-se que, nessa idade, os entrevistados teriam experiência de vida suficiente para que suas vivências de situações de morte lhes possibilitassem uma expressão de visões e atitudes sobre o tema com alguma estabilidade. As pessoas dessa faixa etária já teriam vivido previsivelmente mais da metade de suas vidas e, portanto, já teriam tido chances de lidar com a perspectiva do morrer humano. Optou-se também por escolher pessoas de um mesmo grupo social, caracterizado por um padrão de vida socioeconômico e cultural estável, próximo ao que se convencionou chamar de classe média – particularmente, habitantes da Zona Sul do Rio de Janeiro (Rio) e sua similar em Belo Horizonte (BH). Pessoas que usufríssem de conforto material e sociocultural.

Os sujeitos atenderam a solicitação de entrevista por diferentes contatos e foram previamente esclarecidos sobre o tema e objetivos da entrevista. Parte dos entrevistados não se sentiu bem para conversar sobre o tema, mas a maioria respondeu com interesse ao convite. As entrevistas duraram em média uma hora e meia e contaram com reflexões e relatos de vivências de proximidade da morte: desde a própria vivência (doenças e acidentes pessoais) àquelas relacionadas à morte de parentes e amigos. Em Belo Horizonte, foram entrevistadas 14 pessoas, sendo sete homens e sete mulheres; no Rio de Janeiro, 15 pessoas, sendo oito homens e sete mulheres. Todos os entrevistados tinham escolaridade superior e profissões ligadas a áreas diversas: Engenharia, Comunicação, Psicologia, Publicidade, Administração, Docência Superior e do Ensino Médio, Pedagogia, Música, Jornalismo, Advocacia. A maioria estava casada e tinha filhos; alguns tinham netos. A minoria estava separada; apenas duas entrevistadas nunca se casaram.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado, trazendo as perguntas: você pensa na morte? Que ideias, pensamentos, imagens ocorrem a você ao pensar sobre ela? Há momentos ou situações que o/a fazem lembrar a morte? Você se prepara para ela? Na sua experiência, os outros pensam na morte? Na sua experiência, os outros se preparam para a morte? O que você diz a alguém de suas relações próximas que perdeu alguém? O que você diz a alguém de suas relações próximas em situação de precária condição de saúde e sob risco de morte? No desenrolar de cada entrevista, incluiu-se busca de esclarecimento sempre que houvesse dúvidas quanto à compreensão das expressões usadas ou situações relatadas. Ao final das respostas a essas perguntas, indagou-se se o entrevistado tinha religião, se acreditava em Deus ou tinha qualquer crença religiosa.

O presente relato refere-se aos resultados obtidos no levantamento de dados a respeito das respostas às seis primeiras perguntas e também inclui as informações relativas às crenças religiosas. Os conteúdos das entrevistas foram analisados mediante uso da metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo - DSC (Lefèvre e Lefèvre, 2003). Essa metodologia

baseia-se em teorias sociológicas, em especial na teoria da representação social (Moscovici, 2003) que considera que os indivíduos de uma sociedade pensam “com base em um conjunto de representações sociais ou matrizes discursivas comuns; mas apesar ou, além disso, introduzem conteúdos argumentativos diferenciados nesses pensamentos comuns” (Lefèvre e Lefèvre, 2006). A análise proposta é produzida a partir da identificação de todas as expressões-chave extraídas dos depoimentos de todos os pesquisados. Um segundo procedimento reúne em subgrupos todas as expressões-chave semelhantes. Cada subgrupo é identificado por categoria ou ideia central, que sintetiza seu sentido e o diferencia dos outros subgrupos. A seguir, as expressões-chave são sequenciadas sob a forma discursiva buscando-se coesão pelo uso de conectivos, de forma a não se acrescentar nenhum termo substantivo que possa modificar a expressão dos sujeitos pesquisados. Todo o material das expressões-chave deve ser usado. Dessa forma, busca-se “um discurso coletivo que veicule um sentido, um posicionamento, uma opinião onde o colorido e os matizes que cada depoimento individual confere a esta opinião coletiva estejam preservados” (Lefèvre e Lefèvre, 2006). O conjunto dos discursos coletivos (DSC) expressa a representação social dos entrevistados em relação ao tema pesquisado, num esforço de permitir a autoexpressão do pensamento ou opinião coletiva.

Trabalhou-se e manteve-se o conjunto de discursos coletivos por cidade e gênero, de forma a permitir a leitura analítica de suas possíveis especificidades<sup>2</sup>. Conforme Ragin (1994) ressalta, muito do que interessa a um pesquisador em relação aos grupos sociais humanos é importante “não por causa de suas características gerais como tamanho ou hierarquia, mas por causa do seu significado cultural” (p. 9).

## Resultados

A análise das entrevistas, seguindo os procedimentos e métodos acima descritos, permitiu a elaboração de seis discursos do sujeito coletivo (DSC) em ambos os grupos, cariocas e mineiros. Ressalte-se que a única expressão-chave usada nas perguntas foi “morte”.

<sup>2</sup> Tomamos como conhecida as discussões sobre alcances e limitações das diferentes metodologias qualitativas.

O primeiro DSC foi denominado “Penso na morte”. Nele, estão expressos os conteúdos associados a este pensar que, basicamente, apresentou duas referências mais comuns aos cariocas e mineiros quanto ao seu início: a perda do pai ou da mãe e a entrada na década dos cinquenta anos. O segundo DSC, denominado “Envelhecimento lembra a morte”, registra a associação estabelecida pelos grupos entre sinais do envelhecimento e sinais da morte. O terceiro DSC, “Qualidade de vida”, expressa todos os conteúdos relacionados àquilo que os entrevistados entenderam ser comportamento para assegurar “qualidade de vida” (termo expresso por eles) diante do avanço do envelhecimento e proximidade da própria morte. O quarto DSC refere-se à “A morte sempre presente”. Esse discurso não delimita um momento específico do pensar sobre a morte. O quinto DSC diz respeito às constatações de que usualmente “Não se fala em morte” entre amigos, colegas de trabalho ou familiares. O sexto DSC refere-se aos conteúdos que expressaram “Compreensão religiosa da morte”.

A adesão (números de expressões-chave por

sujeito ou entrevistado) a cada um dos discursos foi semelhante (cerca de quatro a sete respondentes por subgrupo, cidade/mulher e cidade/homem) para os DSC “Penso na morte”, “Envelhecimento lembra a morte”, “Qualidade de vida”, “Não se fala em morte”. Já os DSC “A morte sempre presente” e “Compreensão religiosa da morte” tiveram menos adesão, cerca de duas por subgrupo cidade/mulher e cidade/homem.

Na elaboração dos discursos, conforme indicado na metodologia, retirou-se qualquer detalhe ou particularidade que permitisse ou sugerisse a identificação do entrevistado. O Quadro 1<sup>3</sup> com o conjunto dos discursos foi discutido com pares de diversas áreas das ciências sociais em diferentes situações no dia a dia das atividades da autora como profissional do Magistério e pesquisadora. Esses encontros tanto permitiram alguns ajustamentos quanto mostraram que os discursos coletivos estavam objetivamente analisados e distintos uns dos outros, oferecendo assim uma clara referência para a interpretação e discussão.

#### Quadro 1 - Você pensa na morte?

Discursos (DSC)	BH - Mulher	BH - Homem	RJ - Mulher	RJ - Homem
Penso na morte	[...] Até três anos atrás meus pais estavam vivos e eu não pensava na morte. [...] Minha mãe morreu segurando minha mão. Sei que tem que passar por isso, mas não é fácil. Você pensa também na sua faixa etária. Já começa a ver que não é eterno. Na juventude, a gente não pensa. Mas não me amedronta, embora não queira morrer. É sentimento de resignação e não de conforto. [...] Já cumpri minha tarefa como ser biológico, como mãe, como avó [...].	Até a década de 80, vivia do eterno. Com colegas, uma vez falamos sobre câncer [...] fiquei assustado [...]. Pensei: e se fosse eu? Aquilo ficou comigo, foi minha primeira experiência de morte, de morrer. [...] A morte de meu pai marcou muito, minha mãe faleceu aos poucos. [...] Já tive medo, quando meus filhos eram pequenos [...]. Eu não gostava de pensar na morte, mas agora não importo tanto [...] sou ligado à vida, tenho interesses diversos.	A partir dos 50 comecei a pensar nisso. Passei a não cobrar muito das pessoas... [...] Vi minha avó comprando o próprio caixão. [...] Quero aproveitar o máximo com meus filhos. Não vou estar presente no resto da vida deles. [...] Não quero ficar entrevada [...] e não quero ter consciência que estou morrendo, [...] E nem quero sofrer. [...] Penso que é aflitivo, vi minha mãe morrendo, ela disse que queria minha ajuda. [...] os médicos disseram: “vou tirar ela daqui para você não a ver morrendo”. Penso e acho terrível mas não penso muito, tenho muitas atividades e não dá tempo para pensar, gosto do presente.	Penso, mas a morte não é muito presente. [...] Há cinco anos meu pai, meu grande amigo, morreu. Foi a primeira aproximação que tive da morte. [...] Ele sofreu muito e morreu com tranquilidade [...]. Penso e fico também muito frustrado: vou desaparecer e não vai sobrar nada. [...] Morte é sofrimento, certo medo, expectativas de vazios. Só passei a pensar na morte depois de uma doença grave. Nunca pensei que ia morrer... Passei a dar mais valor à vida [...].

(continua)

3 Neste Quadro, e também nos fragmentos mostrados no texto do artigo, os discursos estão apresentados com esporádicas supressões. Essas supressões referem-se apenas à parte de expressões-chave muito semelhantes e que não alteram a construção e o entendimento dos DSC, apenas tornam a leitura mais ágil, o que favorece o alcance dos objetivos deste artigo.

## Quadro 1 - Você pensa na morte? (continuação)

Discursos (DSC)	BH - Mulher	BH - Homem	RJ - Mulher	RJ - Homem
Envelhecimento lembra a morte	<p>Muitos criam um espaço de ilusão, vivem num presente eterno. Não querem pensar no futuro, vivem um cotidiano entulhado. [...] Com a velhice, vejo uma série de coisas, esquecimentos, não tenho mais agilidade para determinadas coisas. Disse ao meu marido: estamos nos melhores anos dos restos de nossas vidas. Ainda não tive medo de viajar e ter alguma coisa (por exemplo, aneurismas, enfartos etc.). [...] Pedi muito a Deus para o meu pai não viver o envilecimento da velhice e a perda da dignidade: perda de memória, de mobilidade [...] meu pai teve pneumonia e os médicos foram negligentes e diziam "é um idoso", como se não valesse a pena oferecer cuidados médicos. [...] É indigno sofrer tanto nesse momento. A ciência um dia vai resolver isto.</p>	<p>Os primeiros sinais (da morte) são os do envelhecimento, limitação do corpo, coisas que você não faz mais [...]. A gente sabe que vai morrer, mas enquanto houver chance queremos continuar. [...] Minha mãe dizia que até 50 anos sobe o morro... Depois desce. [...] Fico apreensivo com a fase da dependência, é o que associo com a morte. Vejo muita apreensão nas pessoas, pavor de doenças [...] gente lutando contra o envelhecimento, quem exagera na cirurgia plástica está com medo da morte. [...] vejo que virá a hora que não haverá troca, só perdas. [...] é a morte chegando. Penso na minha morte como velhice.</p>	<p>Envelhecimento naturalmente faz a gente pensar na morte [...] buscar o que quer fazer o que pode ser. [...] Meu pai, minha mãe, minha tia da qual gosto tanto estão acabando... Só quando se chega aos 50, pensa-se: minha idade não dobra mais. Quando fiz 54 anos, me olhei no espelho e vi "estou ficando velha". O corpo tinha mudado, as pregas aparecendo [...] São limitações que me causam inquietações. À medida que a gente envelhece (depois dos 60 anos) tem mais notícias dos que morrem; já não se sabe quantos anos vão sobrar. Meus avós envelheceram e eu tive medo de que morressem, porque gosto muito deles. [...] Meu marido também sente isto. [...] A média de vida tem aumentado e vai apresentando a proximidade da morte. [...] Chega-se mais perto dos limites da vida, você perde audição, visão, tônus, amigos [...] e eu só tenho 50 anos. [...] Minha avó não se preocupou. [...] Vi muitos velhos na família passando por esforços nos hospitais. [...] Vi parente tentando falar e não conseguindo. [...] Aceitei a morte de minha mãe, tudo acaba. [...] Velhice e morte estão associadas.</p>	<p>A partir dos 49 notei que envelheço: sinto cansaço, tenho que alongar, são sinais que mostram as limitações [...]. Minha vida é boa, e penso sempre na continuidade [...]. Envelhecer é caminhar para a morte, mas a morte não é tão presente na minha vida. Agora, se vejo pessoa muito velha, aí penso que a vida não me coloque nisto. Queria ser velho saudável: com capacidade de andar, com os sentidos utilizáveis. [...] A velhice para mim é mais certa que a morte: [...] quebra a independência, quebra a relação corpo e mente. Você sente vontade de fazer algo e não pode pelo físico. [...] Você vai perdendo a vida aos poucos: a jovialidade, a vitalidade, sente mais cansaço... É perda física, não é perda de vontade de viver [...]. Antes gostávamos de estar com os avós, com os cabelos brancos. As crianças precisam disso, ver o envelhecimento sem medo, vivendo bem essa etapa. [...] Há uma tentativa de fugir disso: ficar sempre jovem pelas cirurgias para além de um bem-estar. [...]</p>

(continua)

# **Quadro 1 - Você pensa na morte? (continuação)**

Discursos (DSC)	BH - Mulher	BH - Homem	RJ - Mulher	RJ - Homem
Qualidade de vida	<p>Preparo para ter uma vida melhor: faço ginástica, procuro não ser estressada, danço, vou a espetáculos (teatro, dança) e isto me faz bem. Me preparo mais para viver. Vou aos médicos com regularidade (gineco/ mastologista/ clínico etc.). Faço prevenção, cuido das relações com minha família, com meus amigos. Minha qualidade de vida tem de melhorar, já passei da metade. [...] quero fazer outras coisas [...]. Quero conviver mais com minha família, viajar, estudar mais. Pensei, ao ver o final do meu avô, preciso cuidar de mim, do físico, para viver muito. [...] V ida digna é o mais importante. [...] Despojamento, solidariedade, trabalho. [...] É um exercício, hoje, buscar o outro para manter a vida social, inclusive a afetiva.</p>	<p>Tomo cuidados, faço ginástica para prevenir problemas cardíacos. Opto por não beber, cuido da alimentação, faço caminhadas. Não quero ficar entrevado. Me preparo para viver melhor, aprimoro minha vida. [...] Tenho procurado amigos. A preparação para a morte é saber que a vida é finita e isso faz você valorizar a vida e daí cuidar de ter vida saudável: alimentação, pilates, caminhada, cultivar as amizades. O corpo não é mais o mesmo. [...] Faço com prazer <i>check-up</i>. Faço viagens e gosto de sair da rotina. Cultivo bom relacionamento com colegas de trabalho, com minha família [...] qualidade de vida é compartilhar.</p>	<p>Não tenho preocupação de me preparar para morrer, apenas para evitar o sofrimento e envelhecer com qualidade. [...] Cuido do corpo: alimentação, manter o peso, faço academia. Isso é para a qualidade e não para prolongar o tempo de vida. Vou ao médico, faço exames, não como doces, mas fumo... Vejo pessoas obcecadas pelo corpo, mas infelizes, é uma válvula de escape.</p>	<p>Não me agrada muito pensar em viver muito sem qualidade de vida. [...] A qualidade depende dos atos de hoje: alimentação, exercício físico, exercício cerebral. Faço isso tudo. [...] Cirurgia plástica, nem pensar. Muitos amigos pintam o cabelo, barba... Faço ginástica e faço exames para viver bem. Gosto de viajar. Morrer é o de menos, gosto de viver.</p>
A morte sempre presente	<p>Sempre pensei na morte [...] Minha família era grande, perdi tias, irmãos, sobrinhos, primos. Na cidade no interior eu acompanhava as mortes. O enterro passava como procissão, conhecia muita gente e aí acompanhava muito enterro... Já vivi muito a morte.</p>	<p>[...] Minha mãe morreu com idade avançada, meu pai com sessenta. Há mortes por doenças, por acidentes de carro, caminhão, motocicleta. O mundo rural expõe muita morte de animais. [...] Vou com frequência ao cemitério [...]. Visito o túmulo de todos de minha família. [...].</p>	<p>Quando nova pensava diante de problemas vividos: se morresse, solucionava. O suicida vê assim: morte como solução. Sofri as questões subjetivas em relação ao mundo. [...] Tenho familiaridade com a morte. [...].</p>	<p>A morte para mim teve vários momentos, quando eu era criança, vi um menino morrer. [...] Vi pessoas morrerem da minha idade, inclusive por suicídio. Penso bem intelectualizado: sei que sou humano, terei um fim. [...] Penso da mesma forma que pensava aos 20, aos 30 anos. [...]</p>

(continua)



## Quadro 1 - Você pensa na morte? (continuação)

Discursos (DSC)	BH - Mulher	BH - Homem	RJ - Mulher	RJ - Homem
Não se fala em morte	[...] Não vejo ninguém falando em morte. Vejo ao contrário: eles estão é negando. [...] As pessoas querem estar bem, saltitantes. O que mais vejo são as pessoas viverem como se fossem jovens, como se não fossem acabar. [...] A morte não se põe na frente da gente como tema, nunca vi discussão sobre isso. Quero diminuir o medo... Como quem tem medo de montanha-russa, mas vai... Hoje a morte está embutida na violência, é a forma que as pessoas têm para pensar ou falar da morte. Veja os programas da tarde na TV (mortes violentas, assassinatos, atropelamentos, etc.).	Não se fala da morte, nega-se a perda de vitalidade. Procura-se mostrar alegria, vitalidade. [...] Há os que trabalham muito, como uma forma de se esconder. [...] É difícil saber o que pensam os outros porque o assunto é pouco usual.[...]. Vejo muita apreensão nas pessoas, pavor de doença, gente lutando contra o envelhecimento, por exemplo: quem exagera na cirurgia plástica, está com medo da morte. [...] Com amigos e colegas não falo sobre morte. [...] Acho que as pessoas fogem da morte. [...]	Acho que as pessoas não pensam na morte, se pensassem acho que seriam melhores. Não gostam de falar. [...] No meu círculo de amizades, tirando minha avó, minha mãe e uma tia, não vejo esse tema aparecer. As pessoas mudam de assunto. [...] As pessoas não pensam na morte e não sabem lidar com a morte. No jornal, a morte é boa notícia: é corriqueiro, acontece com os outros, não comigo [...] Morte é um assunto assustador. Não é um tema que apareça. [...] Não vejo ninguém falando sobre isso. Quando aparece doença por perto é que aparece o medo da morte [...].	[...] Não estou acostumado com essa conversa de morte.[...] Não me dá arrepios, mas também não me capta o interesse. Me impressiona como as pessoas têm medo da morte. Não querem morrer, estão ligadas ao prazer. [...] Por isso buscam os esportes, querem correr da morte. [...] Não se fala na morte, só os que estão perdendo os pais agora e já sentem em si mesmos perda de vitalidade. [...] Me interessei por esta entrevista porque nunca vi nada sobre o assunto.
Compreensão religiosa	[...] embora seja católica, não creio em muita coisa. Deus é justo, mas não é carrasco. Acredito em Jesus, filho de Deus. Para onde vão todos? Sou mais pela ressurreição.	Vejo a morte como passagem. [...] Será uma continuidade do que está aqui... Uma transposição para um mundo posterior, uma transição para o aperfeiçoamento espiritual. Tenho muita fé.	[...] Acho que deveria ter algo depois deste vale de lágrimas. [...] Creio em um Deus pessoal [...] e tento acreditar na vida após a morte. Como aceitar que tudo acaba aqui? Mas fomos educados relacionando Deus, morte e castigo.	Acredito em Deus. Alguma coisa terá que continuar tudo isso. [...] Penso na ressurreição e creio em Jesus Cristo que prometeu acabar com a morte e a corrupção. [...]



Com exceção do termo morte, nenhuma das expressões-chave usadas pelos sujeitos foi mencionada previamente pela pesquisadora em suas perguntas. Envelhecimento, qualidade de vida, familiares diversos, aspectos de compreensão religiosa, por exemplo, foram expressões declaradas pelos entrevistados. Com relação às crenças religiosas, no conjunto dos dois grupos, quatro declararam-se ateus; a grande maioria acredita em Deus (no contexto, ou não, de uma religião), ou em uma força superior, ou tem dúvidas.

O conjunto de relatos de ambos os grupos contou com muitas referências a histórias pessoais, permeadas, por vezes, por momentos de emoção. A memória de perdas foi ativada trazendo detalhes de situações sofridas. A perda de pai e mãe, o passar pelos 50 anos pareceram estabelecer fronteiras da percepção da finitude da existência em contraste com o que parecia ser uma ilusão, ou seja, o não acabar da vida. Três mulheres no conjunto das duas cidades declararam espontaneamente ter se submetido à cirurgia plástica e, no conjunto, pareceu que a maioria não tinha passado por procedimentos dessa natureza. Alguns homens mencionaram esse tema, sinalizando alguns exageros como “fuga da velhice”. A violência urbana foi ocasionalmente citada.

A seguir, apresentam-se fragmentos e análise dos diferentes discursos coletivos (DSC). O DSC “Penso na morte” abrange as primeiras declarações sobre o tema proposto, que se mostraram semelhantes em ambos os grupos.

*[...] Até três anos atrás meus pais estavam vivos e eu não pensava na morte. [...] Você pensa também na sua faixa etária. Já começa a ver que não é eterno. Na juventude a gente não pensa.* (DSC - Penso na morte - BH - Mulher)

*A partir dos 50 anos comecei a pensar nisso [...] Quero aproveitar o máximo com meus filhos [...] Penso que é aflitivo, vi minha mãe morrendo, ela disse que queria minha ajuda [...].* (DSC - Penso na morte - Rio - Mulher)

*Até a década de 80, vivia do eterno. Com colegas, uma vez falamos sobre câncer [...] Pensei: e se fosse eu? [...] A morte de meu pai marcou muito. [...] Eu não gostava de pensar na morte, agora não me importo tanto [...] Sou ligado à vida [...].* (DSC - Penso na morte - BH - Homem)

*[...] Há cinco anos meu pai, meu grande amigo, morreu. Foi a primeira aproximação que tive da morte. [...] Penso e fico também muito frustrado: vou desaparecer e não vai sobrar nada [...] Só passei a pensar na morte depois de uma doença grave. Nunca pensei que ia morrer... Passei a dar mais valor à vida.* (DSC - Penso na morte - Rio - Homem)

A finitude humana, como objeto de reflexão, parece ter acontecido, pela primeira vez, no âmbito dos grupos pesquisados, diante da morte de um familiar muito próximo. Os sujeitos relataram emoções de medo e susto na medida em que aconteceram perdas de entes queridos e observações quanto ao sofrimento causado por doenças. Tais sentimentos foram pontuados por expressões como “agora não me importo tanto” e “não quero sofrer”. Notou-se que tais observações eram produzidas, ao longo da entrevista, como um pensamento em processo naquele momento. Algo novo para o próprio entrevistado. Embora os discursos tenham sido semelhantes - para homens e mulheres de ambas as cidades - foi possível notar que nos discursos de mulheres (ver Quadro 1) aparece uma tendência mais expressiva de mencionar familiares: pai, mãe, avó, tia, marido, filhos. Isso fica mais claro quando lido o conjunto de todos os discursos.

O DSC “Envelhecimento lembra morte” trouxe muitos conteúdos em ambos os grupos (mineiros e cariocas): incluíram vivências de acompanhar familiares que morreram, observações quanto ao próprio envelhecimento e reflexões sobre tais processos. Os fragmentos de discurso a seguir são ilustrativos.

*Muitos criam um espaço de ilusão, vivem num presente eterno. Não querem pensar no futuro, vivem um cotidiano entulhado. [...] Disse ao meu marido: estamos nos melhores anos dos restos de nossas vidas. [...] Pedi muito a Deus para meu pai não viver o envilecimento da velhice e a perda da dignidade: perda de memória, de mobilidade [...]. É indigno sofrer tanto nesse momento. A ciência um dia vai resolver isto.* (DSC - Envelhecimento lembra a morte - BH - Mulher)

*Envelhecimento naturalmente faz a gente pensar na morte [...] Meu pai, minha mãe, minha tia de quem tanto gosto estão se acabando... Só quando se chega aos 50, pensa-se: minha idade não dobra*

*mais. Quando fiz 54 anos, me olhei no espelho e vi “estou ficando velha”. [...] O corpo tinha mudado, as pregas aparecendo [...] São limitações que me causam inquietações. [...] (DSC - Envelhecimento lembra a morte - Rio - Mulher)*

*[...] Fico apreensivo com a fase da dependência, é o que associo com a morte. Vejo muita apreensão nas pessoas, pavor de doenças [...] vejo que virá a hora em que não haverá troca, só perdas. [...] é a morte chegando. Penso na minha morte como velhice. (DSC - Envelhecimento lembra a morte - BH - Homem)*

*A partir dos 49 notei que envelheço: sinto cansaço, tenho que alongar, são sinais que mostram as limitações. [...] Envelhecer é caminhar para morte, mas a morte não é tão presente na minha vida. Agora, se vejo pessoa muito velha, aí penso que a vida não me coloque nisto. Queria ser velho saudável: com capacidade de andar, com os sentidos utilizáveis. [...] Você vai perdendo a vida aos poucos: a jovialidade, a vitalidade, sente mais cansaço... É perda física, não é perda de vontade de viver [...]. (DSC - Envelhecimento lembra a morte - Rio - Homem)*

No conjunto, os cariocas (mulheres e homens) estenderam-se mais nesse discurso do que os mineiros (mulheres e homens). Pode-se pensar que, no Rio de Janeiro, haveria uma tendência a se preocupar mais com o envelhecimento. Os entrevistados cariocas são todos da Zona Sul, onde a orla marítima é um estímulo à exposição física. Assim sendo, os contrastes das faixas etárias são mais visíveis e reforçados pelo contexto vivido no mundo atual de valorização dos aspectos juvenis. Nesses discursos, persiste a tendência, detectada entre as mulheres, tanto mineiras quanto cariocas, de citarem mais seus familiares do que os homens.

O DSC “Qualidade de vida” expressa diferentes medidas que os entrevistados declararam implantar em suas vidas para fins de garantir melhor morte ou melhor viver o período que antecederia o morrer. Nesse DSC, um detalhe dos discursos dos mineiros (mulheres e homens) chama a atenção: tais discursos dão importância tanto aos cuidados físicos quanto aos dos relacionamentos afetivos, familiares e de amizade. Os cariocas referiram-se preponderantemente aos cuidados físicos. Os fragmentos de

discurso a seguir são exemplos:

*[...] Vou aos médicos com regularidade (gineco/mastologista/clínico etc.). Faço prevenção, cuido das relações com minha família, com meus amigos [...] Quero conviver mais com minha família, viajar, estudar mais. [...] preciso cuidar de mim, do físico, para viver muito [...] Vida digna é o mais importante [...] Despojamento, solidariedade, trabalho. É um exercício, hoje, buscar o outro para manter a vida social, inclusive a afetiva. (DSC - Qualidade de vida - BH - Mulher)*

*Não tenho preocupação de me preparar para morrer, apenas para evitar o sofrimento e envelhecer com qualidade. [...] Cuido do corpo: alimentação, manter o peso, faço academia. Isso é para a qualidade de vida e não para prolongar o tempo de vida. Vou ao médico, faço exames [...]. (DSC - Qualidade de vida - Rio - Mulher)*

*Tomo cuidados, faço ginástica para prevenir problemas cardíacos. [...] Me preparo para viver melhor [...] A preparação para a morte é saber que a vida é finita e isso faz você valorizar a vida e daí cuidar de ter vida saudável: alimentação, pilates, caminhada, cultivar as amizades. [...] Qualidade de vida é compartilhar. (DSC - Qualidade de vida - BH - Homem)*

*Não me agrada muito pensar em viver muito sem qualidade de vida. [...] A qualidade depende dos atos de hoje: alimentação, exercício físico, exercício cerebral. Faço isso tudo [...] Faço ginástica e faço exames para viver bem. (DSC - Qualidade de vida - Rio - Homem).*

O uso da expressão “qualidade de vida” pelos sujeitos dos dois grupos revela a influência crescente das tecnologias médicas na padronização dos modos de vida. É possível supor que, se o envelhecimento é percebido como caminho para a morte, ele gere uma demanda, no contexto de uma cultura de negação da morte, de comportamentos que o “contornem”, evitando-se, assim, o confronto, pela reflexão, com a morte antevista. Esses comportamentos seriam justamente os resumidos pela desejada “qualidade de vida”. Quase todos ao falarem sobre esse aspecto - o preparar-se para a morte - fizeram-no lembrando que estavam mais ocupados com a vida: esta, sim, precisaria ser cuidada.

O DSC “A morte sempre presente” foi um discurso de pouca adesão – no conjunto das duas cidades, apenas quatro entrevistados o expressaram. Os fragmentos a seguir são ilustrativos.

*Sempre pensei na morte [...] perdi tias, irmãos, sobrinhos, primos. Na cidade do interior eu acompanhava as mortes.* (DSC – A morte sempre presente – BH – Mulher)

*Quando nova, pensava diante de problemas vividos: se morresse, solucionava. O suicida vê assim: morte como solução. [...] Tenho familiaridade com a morte.* (DSC – A morte sempre presente – Rio – Mulher)

*[...] Há mortes por doenças, por acidentes de carro, caminhão, motocicleta. O mundo rural expõe muita morte de animais. [...] Vou com frequência ao cemitério [...].* (DSC – A morte sempre presente – BH – Homem)

*A morte para mim teve vários momentos [...]. Vi pessoas morrerem da minha idade, inclusive, por suicídio. Penso bem intelectualizado: sei que sou humano, terei um fim. [...] Penso da mesma forma que pensava aos 20, aos 30 anos.* (DSC – A morte sempre presente – Rio – Homem)

O DSC “A morte sempre presente” expressa aquela face menos detectável no quadro geral de uma sociedade que tende a não pensar na morte. Conforme visto nos discursos expostos neste estudo, o tema morte só foi incluído tardiamente como objeto de reflexão dos sujeitos que ainda afirmaram que a maior parte de seus conhecidos não pensa na morte. Assim, a presença desse discurso revela que, mesmo no contexto de um grupo em que, supostamente, há certa homogeneidade de imaginário, é possível encontrar elementos incomuns. Observe-se que referências foram feitas à “vida no interior” e à “vida rural” onde se compartilha, de forma mais próxima e coletiva, de rituais que acontecem em torno dos que morrem. Essa vivência, que inclui o testemunho mais frequente de mortes humanas e não humanas, parece ter favorecido familiaridade com o morrer. Um detalhe pode ser destacado nesse discurso: a menção ao suicídio, fenômeno que carrega toda uma história de ocultação de sua ocorrência.

O DSC “Não se fala em morte” expressa o discurso mais previsível numa cultura de negação de morte. Os entrevistados de ambas as cidades apre-

sentaram-se praticamente como exceção diante de uma grande maioria de seus conhecidos percebidos como os que não pensam ou não gostam de pensar na morte. Alguns exemplos são ilustrativos dessa constatação.

*[...] Não vejo ninguém falando em morte. [...] As pessoas querem estar bem, saltitantes. O que mais vejo são as pessoas viverem como se fossem jovens, como se não fossem acabar. [...] A morte não se põe na frente da gente como tema, nunca vi discussão sobre isso. Hoje a morte está embutida na violência, é a forma que as pessoas têm para pensar ou falar da morte. Veja os programas da tarde na TV (mortes violentas, assassinatos, atropelamentos etc.).* (DSC – Não se fala em morte – BH – Mulher)

*Acho que as pessoas não pensam na morte, se pensassem acho que seriam melhores. Não gostam de falar. [...] No meu círculo de amizades, tirando minha avó, minha mãe e uma tia, não vejo esse tema aparecer. [...] As pessoas não pensam na morte e não sabem lidar com a morte. [...] Morte é um assunto assustador.* (DSC – Não se fala em morte – Rio – Mulher)

*Não se fala da morte, nega-se a perda de vitalidade. Procura-se mostrar alegria, vitalidade. [...] Há os que trabalham muito, como uma forma de se esconder. [...] É difícil saber o que pensam os outros porque o assunto é pouco usual. [...] Com amigos e colegas não falo sobre morte.* (DSC – Não se fala em morte – BH – Homem)

*[...] Não estou acostumado com essa conversa de morte. [...] Não me dá arrepios, mas também não me capta tanto interesse. Me impressiona como as pessoas têm medo da morte.* (DSC – Não se fala em morte – Rio – Homem)

Nota-se que os discursos tanto afirmam que familiares e conhecidos não conversam e até mesmo se recusam a falar sobre a morte quanto incluem expressões que revelam as próprias dificuldades dos entrevistados de falarem sobre o tema. Alguns exemplos são ilustrativos desses receios: *Quero diminuir o medo; Morte é um assunto assustador; Não me dá arrepios, mas também não me capta tanto interesse.*

O discurso “Compreensão religiosa da morte” obteve, conforme já dito, pouca adesão. Prática-

mente, os que se expressaram por tal discurso têm crenças religiosas contextualizadas no catolicismo e kardecismo. Os fragmentos a seguir exemplificam tal afirmação:

*[...] embora seja católica, não creio em muita coisa. Deus é justo, mas não é carrasco. Acredito em Jesus, filho de Deus. Para onde vão todos? Sou mais pela ressurreição.* (DSC - Compreensão religiosa de morte - BH - Mulher)

*[...] Acho que deveria ter algo depois desse vale de lágrimas... [...]. Creio em um Deus pessoal [...]. Como aceitar que tudo acaba aqui? Mas fomos educados relacionando Deus, morte e castigo.* (DSC - Compreensão religiosa de morte - Rio - Mulher)

*Vejo a morte como passagem. [...] Será uma continuidade do que está aqui...* (DSC - Compreensão religiosa de morte - BH - Homem)

*Acredito em Deus... [...] Penso na ressurreição e creio em Jesus Cristo que prometeu acabar com a morte e a corrupção.* (DSC - Compreensão religiosa de morte - Rio - Homem).

Aos sinais da morte, a tendência maior encontrada nos discursos foi da busca de respostas e apoios no campo da ciência via ações de promoção de “qualidade de vida”, sendo as crenças religiosas pouco mencionadas. Por um lado, é possível compreender esse dado no contexto dos processos de secularização da sociedade. Por outro, pode-se pensar também na possibilidade de que a já constatada dificuldade de se refletir ou falar sobre a morte, muito difundida na sociedade, favoreça a busca de novos aliados - no caso, as promessas vigorosas da ciência atual. Para os grupos que foram objeto da pesquisa aqui relatada, tais promessas seriam mais adequadas ou convincentes do que aquelas veiculadas por uma cultura cristã que promete “uma outra vida depois da morte”.

## Discussão

Nos discursos de ambos os grupos, sem distinção de cidade ou de gênero, foi possível identificar tanto elementos comuns quanto elementos que diferenciam cidades e gêneros. Nesse sentido, nos grupos

pesquisados, a chegada dos cinquenta anos pareceu um marco percebido para a entrada da morte como tema a ser pensado, assim como a perda de familiares, sobretudo pai e mãe, apareceu como experiência decisiva para a constatação de que a vida humana tem um fim. Um oscilar entre afirmar a importância de pensar sobre a morte e afirmar a importância de cuidar da vida atravessou os diferentes discursos.

No conjunto, os DSC “Pensar na morte”, “Envelhecimento lembra a morte” e “Qualidade de Vida” permitiram identificar um sutil movimento do pensar sobre a morte para o pensar sobre a velhice. Esse movimento estaria ancorado na crença nas possibilidades do prolongamento da vida, apoiadas nas conquistas da biomedicina. Nessa perspectiva, pensar na morte implicaria pensar antes no envelhecimento, que hoje contaria com os recursos para o prolongamento da vida com saúde, com “qualidade de vida”. Dessa forma, o enfrentamento da morte seria substituído pelo enfrentamento da velhice, mediante o uso das tecnologias médicas que apoiariam o bem-viver. Nesses grupos, os investigados, em diferentes momentos de seus depoimentos, ressaltaram, ainda que reconhecessem alguns limites, sua disposição de continuidade de vida ativa e produtiva. Alguns, que já tinham uma aposentadoria, encontravam-se envolvidos em novos projetos de trabalho; outros, em fase próxima à aposentadoria, já anteviam planos de novas atividades. Ninguém falou “é hora de descansar”.

Relembre-se que a situação socioeconômica dos grupos pesquisados indicou que suas necessidades de sobrevivência material estavam razoavelmente resolvidas; e suas condições de saúde também mostravam-se boas. Observando grupos como esses em diferentes países, Sanderson e Scherbov (2010) discutem a necessidade de novos enfoques para caracterizar o envelhecimento uma vez que as expectativas de qualidade de vida em idades mais avançadas estão cada vez mais livres de limites incapacitantes. Em entrevista ao programa Roda-Viva da TV Cultura de São Paulo (23/06/2006) a esse respeito, Alexandre Kalache, então responsável pelo Programa de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde, caracterizou o grupo<sup>4</sup> que hoje envelhece

4 KALACHE, A. Programa Roda Viva da TV Cultura de São Paulo em 23/01/2006. Disponível em <http://www.tvcultura.com.br/rodaviva/programa/pgmo989> acesso em 15 de janeiro de 2011. Kalache ressaltou também as desigualdades existentes em relação às condições de vida no envelhecimento entre diferentes grupos na sociedade.



como próximo daqueles ativistas que nos anos 1960 revolucionaram as visões de mundo, possibilitando as que temos hoje. Em relação

*à adolescência, à juventude e à revolução sexual [...] eles foram muito mais engajados politicamente e são muito numerosos nos países que, na verdade, formam a opinião pública [...] a primeira criança que nasceu em 1946, que é quando a gente começa a contar essa geração tão especial, completa 60 anos. [...] São pessoas bem informadas e integradas à sociedade.*

Tudo isso acena tanto para o fato de que os discursos dos mineiros e cariocas, aqui expostos, sintonizam-se com um movimento de transformação mais amplo das sociedades humanas quanto para um indiscutível processo em curso de renovação dos sentidos atribuídos ao envelhecimento. Entretanto, seria de se perguntar: o prolongar a vida com qualidade ou o envelhecer de forma ativa dispensaria o pensar sobre a morte?

Gadamer (2006) observa que hoje se vive a desmitificação da morte e, mais especialmente, a desmitificação da vida. Isso implicaria uma nova realidade, onde a explicação científica ocuparia os espaços dos mistérios. Na perspectiva de uma visão iluminista, o homem estaria sempre à beira de explicações causais para diferentes fenômenos que, se ainda não foram obtidas, o seriam adiante. Sem uma explicação “cientificamente aceitável” para o morrer humano, o pensar sobre a morte seria substituído pelo pensar sobre o envelhecimento, antevisto como controlável a partir do uso das tecnologias científicas que promoveriam a “qualidade de vida”, uma situação percebida como manipulável, ao contrário da morte. E esta, como resultado dessa estratégia, permaneceria distante, sempre adiável. Não é difícil associar tal comportamento a toda uma divulgação, nos meios de comunicação, dos “cuidados para a saúde”. Costa (2004) chamou de “bioidentidade” a invenção de “um novo modelo de identidade” que agora se dirige para “a longevidade, a saúde, a beleza e a boa forma” (p. 190).

Por um lado, é possível ver nesse comportamento uma tendência de se persistir num estágio civilizacional de negação da morte, na linha do pensamento de Elias (2001). Por outro lado, pode-se imaginar que o prolongamento da vida humana, mediante o enve-

lhecimento com qualidade, poderá produzir pressões em sentido contrário, ou seja, fazer vir à superfície o tema da morte como horizonte incontornável.

O uso mais frequente ou mais prolongado das tecnologias da biomedicina, dentro e fora dos consultórios e hospitais, poderá vir a mostrar de forma crescente que há limites no alcance de seus procedimentos: nem a “qualidade de vida” nem a vida de uma pessoa poderão ser mantidas indefinidamente. Nessa perspectiva hipotética, o comportamento de não falar ou não pensar sobre a morte poderá sofrer transformações em âmbitos cada vez mais extensos da sociedade, ou seja, não só entre médicos e profissionais da área da saúde.

A esses elementos comuns, detectados nos resultados, associaram-se os que sugeriram diferenças locais e também de gênero. Apenas entre os mineiros (mulheres e homens) foram incluídos os laços familiares e de amizade como aspectos relevantes da referida qualidade de vida. É possível que essa característica esteja relacionada com o observado no trabalho de Arruda (1990). Essa autora, ao estudar a identidade cultural dos mineiros, trata da questão, que ela constatou entre os memorialistas mineiros. Em suas obras, encontrou certo apreço pelos laços familiares, o que a levou a concluir que, entre os mineiros, “[...] preservar a identidade encontra o seu *locus* privilegiado no universo das relações familiares.” (p. 192) Ao citar diferentes passagens de obras analisadas, Arruda comenta: “A figura da família mineira evocada por esse imaginário foi sempre integrada e suave” (p. 193).

O aspecto do benefício da afetividade já mereceu a atenção da ciência biológica. Nas palavras da neurocientista Herculano-Houzel (2007), “[...] os benefícios dos relacionamentos para a qualidade e expectativa de vida permanecem mesmo quando outras variáveis, como o fumo e sedentarismo, poderiam ser excluídas da comparação” (p.180).

Talvez por estarem pressionados pelo estilo de vida que provoca maior exposição dos corpos, os cariocas estenderam-se mais que os mineiros na caracterização dos sinais da velhice. Goldenberg e Ramos (2002) observam que

[...] essa moral da “boa forma” se instaura em locais como o Rio de Janeiro, onde as praias, as áreas de lazer e a temperatura elevada durante quase o ano

inteiro favorecem o desnudamento, fazendo com que a cidade seja lembrada [...] pela descontração, liberdade e sensualidade dos corpos expostos ao sol (p. 29).

Entretanto, segundo esses autores, “é possível perceber que a cultura corporal possui normas muito mais rígidas do que se imagina”, o que pode esclarecer a maior atenção (ou preocupação) aos detalhes do envelhecimento encontrada nos discursos de mulheres e homens cariocas na presente pesquisa.

Conforme já mencionado, apenas nos discursos de mulheres cariocas e mineiras, foi observada a frequente referência a elementos familiares como pai, mãe, avó, tia. Considerando que, em nossas culturas, os cuidados com o outro estão delegados geralmente às mulheres, não é surpreendente a tendência de tal comportamento ser confirmada ao longo dos discursos de mulheres de ambas as cidades. É em suas falas, muito mais no que na dos homens, que aparecem menções muito claras à atenção dispensada a familiares velhos ou doentes.

Finalizando essa discussão, dois aspectos merecem destaque: o primeiro diz respeito à menção ao fenômeno do suicídio; o segundo refere-se a pouca adesão dos investigados ao discurso da explicação religiosa para a morte. Em diferentes países, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), o suicídio é, hoje, um problema de saúde pública. No Brasil (2006), segundo dados do Ministério da Saúde, as taxas de morte por suicídio têm aumentado especialmente entre jovens, idosos, trabalhadores rurais e povos indígenas. Embora ainda envolvida socialmente por atitudes de ocultação (Minois, 1998), cresce a preocupação com tal constatação não só entre médicos, o que confirma sua referência pelos entrevistados. Quanto à fraca adesão ao discurso religioso, essa atitude já mereceu a atenção de Elias (2001), que afirma: [...] “a busca de ajuda em sistemas de crenças sobrenaturais contra o perigo e a morte se tornou menos apaixonada; em certa medida, transferiu sua base para sistemas seculares de crenças.” (p. 13). Esse fenômeno já fora observado em outra pesquisa (Falcão e Bichara, 2009), realizada entre médicos brasileiros, o que poderia apontar para o enfraquecimento dos sentidos atribuídos à morte pelas religiões, pelo menos no meio socioeconômico e cultural dos entrevistados.

## Reflexões e Indagações Finais

Os resultados desta pesquisa confirmaram um padrão geral já registrado pela bibliografia: pensar sobre a morte humana é tema que recebe pouca adesão no cotidiano da vida contemporânea. Nos seus discursos, na pesquisa aqui relatada, os investigados não só revelaram que iniciaram um pensar sobre a morte apenas a partir da perda de entes queridos e por volta da metade de suas vidas como apresentaram uma espécie de movimento de substituição do pensar sobre a morte pelo pensar sobre o envelhecimento. Tal deslocamento de foco adquire maior relevância quando se observa que a demanda da reflexão sobre a morte fora exposta claramente como objeto da pesquisa, com plena concordância dos entrevistados em empreendê-la. Ainda que o falar sobre a velhice possibilite interessantes reflexões, até mesmo porque se trata de uma fase naturalmente vista como a que antecede a morte, não era tal fenômeno o objeto da investigação. A frequência de sua menção nos depoimentos acabou por revelar-se um dado relevante da pesquisa na medida em que pode ser entendida como um artifício usado pelos sujeitos, pelo qual conseguiram “driblar” sua dificuldade de falar sobre a morte.

Esse resultado não surpreende, tendo em vista que, na sociedade maior em que os sujeitos se abrigam, o tema morte é muito pouco abordado. Sendo assim, a reflexão existencial e mesmo filosófica sobre o morrer humano não recebe qualquer incentivo. Sem o respaldo social do que seria uma elaboração intelectual e afetiva sobre o tema, restaria aos sujeitos a experiência do confronto com o inesperado da morte ou a constatação da inexorabilidade do fim da própria vida, propiciada pelos sinais da decadência física.

Mas se ambos os grupos pesquisados refletem sua condição de parte de uma sociedade maior, expõem também aquela face que revela a não homogeneidade do mundo social humano, o que é detectado por sinais de potenciais mudanças de comportamento em curso. O pensar sobre morte poderia vir a ser produzido justamente pelo que hoje parece ser um reforço da negação da morte – o uso das tecnologias da biomedicina, que, acenando com o prolongamento da vida, acabaria por gerar a constatação de que os

recursos de que dispõe essa ciência são limitados, não podem tudo, não garantindo a vida eterna.

A isso, juntam-se os conteúdos nos discursos que parecem expressar esforços em busca de um direcionamento: ao longo das entrevistas, as falas oscilaram entre o aceitar o processo de morrer como um fato inescapável e a inconformidade com a finitude. Pausas, silêncios, retificações e também expressões do tipo “nunca pensei sobre isto” pontuaram os depoimentos, às vezes dramaticamente.

Assim, vê-se que não só os médicos estão hoje Tateando caminhos para lidar com os limites da biomedicina. Os que não são médicos também encontram-se envolvidos com as consequências do uso dos recursos dessa ciência no processo de enfrentamento da proximidade da morte. Também estão às voltas com as angústias que a questão favorece. Indícios disso apareceram fartamente nos depoimentos.

Ao fim dessas reflexões, permanecem algumas perguntas. A ampliação da extensão do período da vida humana e o uso de tecnologias biomédicas acabariam por promover atitudes em direção à maior vivência da consciência da finitude da existência humana? Haveria possibilidade de percepções diferentes quanto às aflições da proximidade da morte no contexto de maior valorização dos laços familiares e de amizades? Os sentidos atribuídos à morte humana pela via das crenças religiosas estariam em declínio em grupos social e economicamente bem estabelecidos? É possível e desejável fazer crescer, nos diferentes grupos sociais, a visão de que a responsabilidade de atuação adequada diante da morte não se restringe aos médicos?

Todas essas indagações representam caminhos a serem percorridos.

## Referências

- ARIÈS, P. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
- ARRUDA, A. N. M. *Mitologia da mineiridade*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- BECKER, E. *A negação da morte*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1976.
- BRANCO, R. F. G. R. *A relação com o paciente*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília, DF, 2006.
- COSTA, J. F. *O vestígio e a aura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- ELIAS, N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- FALCÃO, E. B. M.; LINO, G. S. O paciente morre: eis a questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 123-34, maio/ago. 2004.
- FALCÃO, E. B. M.; BICHARA, S. M. Formação médica, ciência e atendimento ao paciente que morre: uma herança em questão. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 364-73, jul./set. 2009.
- GADAMER, H. G. *O caráter oculto da saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- GOLDENBERG, M.; RAMOS, M. S. A civilização das formas: o corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. *Nu & vestido*. Rio de Janeiro: Editora Record, 2002. p. 19-40.
- HERCULANO-HOUZEL, S. *Fique de bem com seu cérebro*. Rio de Janeiro: Sextante, 2007.
- KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- KOVÁCS, M. J. *Educação para a morte: desafio de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do psicólogo: FAPESP, 2003.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. *O discurso do sujeito coletivo como superação dos impasses no processamento de respostas a questões abertas*. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://doslefevres.blogspot.com.br>>. Acesso em: 10 set. 2012.
- LEFÈVRE F.; LEFÈVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: Edusc, 2003.



OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.  
*Prevenção do suicídio*: um manual para médicos clínicos gerais. Genebra: OMS, 2000. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.1\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf)>. Acesso em: 27 jan. 2011.

MINOIS, G. *História do suicídio*. Lisboa: Editorial Teorema, 1998.

MORIN, E. *O homem e a morte*. São Paulo: Imago, 1997.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais*: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

RAGIN, C. *Constructing social research*: the unity and diversity of method. California: Pine Forge Press, 1994.

RODRIGUES, J. C. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SANDERSON, C. W.; SCHERBOV, S. Remeasuring aging. *Science*, Nova Iorque, v. 329, n. 5997, p. 1287-8, 10 Sep. 2010.

Recebido em: 15/02/2011

Reapresentado em: 24/01/2012

Aprovado em: 14/06/2012